EXPOSÉ DES TITRES

DU

DR PAUL REYNIER

CHIRURGIEN DE LARIBOISIÈRE
PROFESSEUR AGRÉGÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS
Boulevard Saint-Germain, 120

1896

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne des hôpitaux, 1876.
Aide d'anatomie, 1878.
Prosecteur de la faculté, 1879.
Docteur en médecine, 1880.
Chirurgien des hôpitaux, 1882.
Professeur agrégé d'anatomie et de physiologie, 1883.
Chargé du cours de clinique annexe de la Faculté à l'hôpital Lariboisière, 1896.

Membre de la Société anatomique, 1879.
Membre de la Société clinique, 1878.
Membre de la Société d'Anthropologie, 1883.
Membre de la Société de Chirurgie, 1888.
Membre et ancien Président de la Société de médecine et chirurgie pratique, 1888.
Membre de la Société de Gynécologie, 1892.
Membre de la Société de Laryngologie, 1890.

ENSEIGNEMENT

1° Cours d'anatomie comme prosecteur, professé à l'Ecole pratique pendant les semestres d'hiver 1879, 1880, 1881, 1882.

2° Cours de médecine opératoire, comme prosecteur, professé à l'école pratique, pendant les semestres d'hiver 1879, 1880, 1881, 1882.

3° Cours de physiologie a l'école de médecine, pendant deux semestres en remplacement de M. le professeur Beclard.

4° Conférences de physiologie, pendant 4 ans comme professeur agrégé à l'école de médecine.

J'ai essayé de donner au cours de physiologie, que j'ai fait pendant six ans à l'école de médecine, un caractère tout spécial.

Profitant de mes connaissances de chirurgien et de médecin, j'ai surtout cherché à faire comprendre aux élèves par des exemples nombreux tirés de la clinique, combien les connaissances de physiologie pouvaient leur être profitables dans l'exercice de leur profession. Dans ce but, comme complément à ces leçons de physiologie normale, je leur montrais les troubles pathologiques, qui se produisent par le fait de la maladie, et qu'on ne peut comprendre que lorsqu'on connaît la physiologie de l'individu.

C'est ainsi que la physiologie du cœur m'a permis de leur rappeler les symptômes des principales maladies du cœur. La physiologie de la digestion des reins m'a fourni des sujets de leçons physiologiques et cliniques, sur les troubles survenant quand ces deux fonctions sont atteintes.

Mais c'est surtout dans la physiologie des organes des sens, des systèmes nerveux, qu'à chaque instant je trouvais des applications à la pathologie, et que je trouvais de quoi prouver surabondamment aux élèves le côté pratique de cet enseignement à la Faculté de médecine. En consacrant spécialcment des leçons aux anesthésiques, aux lésions de l'écorce cérébrale, de la moelle, aux plaies des nerfs, je montrais combien les observations sur les malades confirmcnt souvent et précèdent quelquefois les expériences de laboratoire.

A l'heure actuelle mon enseignement clinique se ressent toujours des tendances de mon esprit vers la physiologie.

Dans toutes mes leçons il y a un retour vers cette science, qui me permet souvent de donner la raison de certains symptômes, dont la signification sans elle serait méconnue.

Aussi dans un certain nombre de travaux personnels que j'ai pu publier, on retrouvera souvent cette union du physiologiste et du médecin, qui s'est faite en moi.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

1. — Expériences relatives au choc péritonéal (en collaboration avec M. Ch. Richet (Académie des Sciences, 1880).

Dans ce travail basé sur des expériences physiologiques, nous avons recherché les causes de l'hypothermie, qui amène la mort dans cet état pathologique, décrit par Gubler sous le nom de péritonisme et dû aux lésions du péritoine.

Nous avons démontré que cette hypothermie n'était pas due à la dilatation exagérée des capillaires de la périphérie, ou au défaut d'hématose, mais à la diminution des processus chimiques caloriques des tissus, diminution qui est la conséquence de l'épuisement nerveux général.

Cet état d'hypothermie étant comparable à celui des animaux dont on a coupé la moelle dorsale, nous arrivons à cette conclusion que l'excitation exagérée de la moelle amène les mêmes résultats que sa paralysie. Tout agent anesthésique qui empêche cette excitation de la moelle par les nerfs péritonéaux

lésés, retarde les phénomènes d'hypothermie. D'où cette conclusion thérapeutique importante : dans toute lésion du péritoine, insister sur les agents anesthésiques.

2. — Des nerfs du cœur (Thèse d'Agrégation, Anatomie et physiologie, Brochure de 170 pages).

Il serait difficile de donner une analyse de ce travail représentant un exposé complet des notions de l'époque sur l'anatomie et la physiologie des nerfs du cœur.

On y trouvera consignées les recherches alors toutes récentes de plusieurs anatomistes et physiologistes, recherches qui n'avaient été publiées dans aucun traité didactique.

J'ai pu ainsi, dans plusieurs chapitres, faire un exposé tout nouveau de la question.

Je signalerai tout particulièrement :

1° Au point de vue anatomique : l'étude des terminaisons nerveuses et des ganglions cardiaques.

2° Au point de vue physiologique :

1° L'étude du système nerveux intracardiaque, du rôle des ganglions et de leur influence sur la contraction cardiaque. L'analyse des travaux d'Eckardt, d'Heidenheim, de MM. Dastre et Morat, Ranvier, Vulpian m'amènent à ces conclusions qui n'avaient été nulle part nettement formulées. Le système ganglionnaire vis-à-vis du muscle cardiaque est un centre intermédiaire, qui, dans un état de tonus habituel,

provoque la contraction du cœur, il n'agit que sur l'apparition de cette contraction, mais ne lui donne pas *son caractère rythmé, qui est une propriété* de la fibre cardiaque.

2° L'étude du pneumogastrique. Mettant à profit un travail encore inédit de MM. Dastre et Morat, il m'a été possible d'entrer dans la discussion des différentes opinions et des différentes expériences qui ont été publiées pour approfondir le mécanisme intime de l'action inhibitrice de ce nerf sur le cœur.

Or, contrairement à l'opinion généralement admise, nous appuyant sur les expériences de MM. Dastre et Morat, nous avons fait connaître ce fait physiologique important : quelle que soit la nature ou la force de l'excitant du bout périphérique du pneumogastrique, on obtient un arrêt du cœur. Il suffit de se mettre quand l'excitation est faible, dans des conditions spéciales, pour que cette action puisse se produire ; c'est-à-dire le refroidissement, les pertes hémorrhagiques, l'asphyxie, qui affaiblissent le système accélérateur antagoniste et l'empêchent d'entraver l'action du système inhibiteur.

3° L'étude de l'action des anesthésiques sur les nerfs du cœur, question si importante pour la chirurgie et tout dernièrement encore mise à l'ordre du jour, etc., etc.

Cette thèse pendant longtemps est restée un travail classique, dont ont profité de nombreuses générations de concurrents pour l'internat.

3. — **Contributions à l'Etude de l'articulation scapulohumérale** (*Journal d'Anatomie et Physiologie*, 1887).

Je reproduis ici les conclusions de ce travail, qui repose sur la dissection de plus de cinquante articulations :

Dans l'articulation scapulohumérale, on trouve surajoutés à la capsule plusieurs faisceaux ligamenteux développés surtout chez l'homme. Ces faisceaux sont :

1° Le ligament coracohuméral ;

2° Les ligaments coracoglénohuméral ou glénohuméral supérieur ;

3° Le glénohuméral moyen ou interne.

4° Le ligament gléno-huméral inférieur. Les insertions de ces ligaments sont les suivantes :

Le ligament gléno-huméral inférieur supérieurement, s'insère sur le bourrelet glénoïdien avec lequel il se continue (j'ai une pièce démonstrative du fait), en bas sur le col chirurgical ; il est doublé par le tendon du triceps.

Le gléno-huméral moyen en haut s'insère sur le bourrelet glénoidien, avec lequel il se continue ; cette insertion a lieu à l'extrémité interne et supérieure de la cavité glénoïde ; en bas il s'attache au petit trochanter au-dessous et en arrière de l'insertion du sous-scapulaire. Le coracogléno-huméral supérieur s'insère sur le bourrelet glénoïdien, et confond ses insertions avec le ligament gléno-huméral moyen, de plus il s'insère sur l'apophyse coracoïde ;

en bas il s'attache aux deux lèvres de la gouttière bicipitale, c'est-à-dire sur le grand trochanter et sur le petit trochanter ; dans sa partie moyenne, il s'excave pour former une gouttière dans laquelle glisse le tendon de la longue portion du biceps.

On voit que la description de ce ligament correspond à peu de chose près à celle qu'a donnée M. Sappey du ligament coracoglénoidien.

Entre les deux faisceaux ligamenteux supérieurs, coracogléno-huméral et gléno-huméral moyen, la capsule présente une ouverture triangulaire qui laisse passer le tendon du sous-scapulaire. Entre le ligament moyen et le ligament inférieur, la capsule est très mince. C'est le *locus minoris resistentiœ ;* c'est par là que s'échappe la tête dans la luxation en dedans. Le ligament moyen limite donc en haut, dans la majorité des cas, la rupture de la capsule. Dans le mouvement de rotation en dehors et d'adduction, les deux ligaments gléno-huméraux moyen et supérieur se tendent et s'opposent à la luxation de la tête. Le ligament inférieur se tend dans l'élévation.

Ces faisceaux ligamenteux avaient été signalés en 1853, par Schlemm, *Archives de Müller.* Mais il n'avait pas insisté sur le rôle de ces ligaments et sur leur continuité avec le bourrelet glénoidien, continuité importante à noter; car ce bourrelet étant mobile à sa partie interne au niveau de sa continuité avec les ligaments accessoires, est tendu par eux dans le mouvement de rotation en dehors et dans l'adduction.

Il ne peut donc pas être pincé par la tête humérale et il offre à la tête un plan à la fois résistant et élastique.

4. — **Etude sur le développement de la portion sus-diaphragmatique du tube digestif.** Th. agrégation, 1885.

Ce travail est non seulement l'exposé consciencieux de l'état de la science, à l'époque où il a été écrit, mais il a de plus un caractère original, car nous avons essayé, par des recherches personnelles, des coupes d'embryon, dont nous avons donné les dessins, de soutenir la théorie à laquelle nous nous étions rattaché, théorie qui faisait dériver l'épithélium de la portion sus-diaphragmatique du tube digestif du feuillet externe du blastoderme.

Le travail est divisé en quatre parties. Dans les deux premières parties nous étudions la formation de l'aditus anterior, puis celle du tube pharyngo-œsophagien. De nombreux dessins annexés au texte facilitent la description.

Dans une troisième partie nous avons étudié le développement des organes annexes du tube digestif, l'hypophyse, la langue, le thymus, le corps thyroïde, la trachée, les bronches et le poumon.

Dans une quatrième partie nous avons cherché dans l'embryologie comparée des arguments pour soutenir la théorie de la formation de la partie supérieure du tube digestif aux dépens du feuillet externe. Nous avons été amené par cette étude à par-

ler de la relation qui existe entre le blasopore ou anus de Rusconi, avec l'orifice buccal du tube digestif, et à parler de la situation variable de l'orifice d'entrée du tube digestif par rapport au reste du corps et au système nerveux.

Enfin nous avons terminé ce travail en analysant les observations tératologiques, qui nous donnaient des arguments en faveur de la théorie que nous soutenions.

5. — **Mémoire sur la direction de l'estomac** en collaboration avec le Dr Souligoux (Société anatomique, 1895).

Frappé de la divergence des auteurs, quand il s'agit de donner la direction de l'estomac, nous avons étudié tout spécialement ce point d'anatomie, qui intéresse les chirurgiens ; et nous avons en même temps fixé d'une façon précise les rapports de cet organe avec la paroi épigastrique.

Pour Cloquet, la direction de l'estomac est transversal. Sabatier, Cruveilhier, Richet, Sappey, considèrent que son grand diamètre est oblique de gauche à droite et d'avant en arrière ; toutefois, cette obliquité étant peu considérable, on peut regarder la direction de l'estomac comme horizontale et transversale.

Pour Beaunis et Bouchard, l'estomac est fortement oblique en bas, à droite et en arrière.

Pour Luschka, Henle, il serait vertical.

Nous avons montré que ces divergences tenaient

à ce que l'estomac a une direction différente, suivant qu'il est à l'état de vacuité et de plénitude.

A l'état de vacuité, il est oblique de haut en bas, de gauche à droite et d'arrière en avant ; quand il est plein, sa petite courbure se redresse, il paraît alors vertical ; toutefois, sa direction générale n'est pas sensiblement changée, car son grand axe ne varie que fort peu.

6, 7, 8. — **Recherches sur le chloroforme.** Mémoire de la Société de Chirurgie 1888-1892-1895.

Dans une première communication à la Société de Chirurgie (1888), j'ai signalé les dangers que faisait courir le chloroforme tel qu'on le livrait alors dans les pharmacies. Et j'insistais pour que, dans les pharmacies peu achalandées, on exigeât une rectification de chloroforme, faite la veille, avant de s'en servir.

Comme moyen pratique pour faire cette rectification, je conseillais, avec M. Vicario, avec qui j'avais fait ces recherches, de recourir à une distillation à 60, 61° de l'agent anesthésique sur du carbonate de potasse desséché, en ayant le soin de ne récolter ni les premiers produits, ni les derniers.

Je faisais également remarquer que la simple distillation pour des chloroformes peu altérés pouvait suffir dans la majorité des cas, en la répétant deux ou trois fois, et toujours en ne récoltant ni les premiers ni les derniers produits. Evidemment, il faut

encore l'essayer par prudence avec l'azotate d'argent et avec le permanganate de potasse alcalin.

Dans une seconde communication à la Société de Chirurgie (1892), à propos d'un cas de mort par la méthode mixte atropine, morphine et chloroforme, j'ai attiré l'attention sur les dangers de cette association. Pour chacune de ces substances il peut y avoir des susceptibilités individuelles.

Il en résulte que si théoriquement on supprime certains dangers de chloroforme par cette méthode, pratiquement sur l'homme on triple les dangers, en se servant de trois substances dangereuses.

Enfin dans la discussion sur les avantages de l'éther sur le chloroforme, qui a été soulevée à la même Société en 1895, j'ai défendu, dans un long mémoire, la cause du chloroforme, montrant d'après les statistiques, d'après l'analyse physiologique de l'action de ces anesthésiques, que la supériorité de l'éther, admise par quelques chirurgiens, est plus apparente que réelle.

CLINIQUE CHIRURGICALE ET EXPÉRIMENTALE

9.— **Du bruit de moulin. Recherches cliniques et expérimentales.** Th. de doctorat, 1880.

Dans cette thèse faite sous l'inspiration du professeur Tillaux j'ai le premier attiré l'attention sur les lésions de la cavité virtuelle, qui se trouve comprise entre les plèvres, la paroi thoracique et le péricarde (cavité pneumo-péricardique). Cette cavité à l'état normal est remplie par du tissu cellulaire lâche, dans lequel les épanchements d'air et de sang se produisent très facilement à la suite des fractures de côte et des lésions traumatiques ou pathologiques des poumons.

Les épanchements hémo-aériques donnent lieu à des bruits d'auscultation particuliers, de résonnance métallique due à la propagation des bruits du cœur, à travers cette couche hydro-aérique.

Un de ces bruits avait été désigné par Morel Lavallée sous le nom de bruit de moulin, comme un des signes pathognomoniques des lésions du péricarde. J'ai démontré par des faits cliniques et par de nombreuses expériences sur les animaux que ce bruit avait une signification tout autre, dans un certain nombre de cas, et était le signe d'une lésion

bien plus bénigne, dont je donnais d'ailleurs les autres caractères, et pouvait exister sans lésions du péricarde.

10. — **De la luxation sus-épineuse de l'extrémité externe de la clavicule** (Mémoire paru dans la *France médicale*, 1877).

Dans ce mémoire me fondant sur des faits cliniques et des expériences sur le cadavre, j'ai démontré la possibilité d'une variété de luxation de l'extrémité externe de la clavicule, variété qui n'avait pas encore été signalée, et dont l'étiologie était différente des luxations classiques de cette extrémité osseuse.

11.— **Rétrécissements valvulaires congénitaux du rectum** (Mémoire paru dans la *Gazette hebdomadaire*, 1878).

Me fondant sur l'étude du développement de l'anus et du rectum, sur les observations cliniques, j'ai démontré l'existence d'une variété nouvelle de rétrécissements du rectum (rétrécissements congénitaux), d'un pronostic relativement bénin, et qui avaient été confondus avec les rétrécissements dysentériques et syphilitiques.

L'embryologie m'a donné la raison du siège et de l'aspect de ces rétrécissements.

Les conclusions de ce travail sont aujourd'hui admises et sont devenues classiques (Comptes-rendus de la Société de Chirurgie, 1878).

12. — **Influence du système nerveux dans la pathogénie des gangrènes** (Congrès de chirurgie, 1892).

Dans ce travail j'ai essayé de faire prévaloir cette idée, nouvelle à cette époque, et qui tend de plus en plus à être acceptée, que pour que la gangrène se produise dans un tissu, sous l'influence de l'infection, ou d'un traumatisme léger, il faut que le terrain soit préparé par des troubles de nutrition. La cause première de ces troubles de nutrition, qui prédisposent les tissus à la gangrène, se trouve dans les lésions primitives du système nerveux dont l'influence trophique sur les tissus se trouve confirmée surabondamment par les faits pathologiques.

13. — **Pathogénie et nature de l'angine de Ludwig** (Société de chirurgie, 1893).

Ce sont les mêmes idées que nous avons défendues à la Société de Chirurgie, en 1893, quand on discutait sur la nature de ce phlegmon sus-hyoïdien gangréneux qu'on appelle angine de Ludwig, et que nous avons montré, par des observations personnelles, ne se développant que chez des sujets dont la nutrition est atteinte et dont le système nerveux est touché (diabétiques, alcooliques surmenés).

14. — **De l'importance du réflexe patellaire dans le diabète.** Société de chirurgie, 1887.

Dans un travail dont les conclusions n'ont pas en-

core été démenties, j'ai montré la valeur au point de vue du pronostic du réflexe patellaire dans le diabète. La présence de ce réflexe indique que la nutrition du diabétique n'est pas très touchée, et qu'il peut subir des opérations chirurgicales. Sa disparition pouvant coïncider avec la disparition du sucre est l'indice d'un état grave, qui contre-indique toute opération.

15. — **Des accidents chirurgicaux chez les diabétiques** (Société de médecine et chirurgie pratique, 1894).

L'étude des troubles de nutrition, que présentent les diabétiques, m'a conduit à les étudier au point de vue chirurgical ; j'ai montré qu'il y avait lieu de tenir grand compte des origines du diabète, des troubles de nutrition qui avaient pu se produire pour dicter la conduite du chirurgien. Les diabétiques arthritiques sont ceux qui supportent le mieux les opérations, tant que leur système nerveux n'est pas touché. Il y a toutefois lieu de tenir compte de l'infection très facile de ces malades, ce qui oblige à une asepsie très rigoureuse.

16. — **Sur une propriété nouvelle du salol.** Travail en collaboration avec le Dr Ischwall. Société de Chirurgie, 1894.

Avec le Dr Ischwal nous avons montré que le salol était fusible à une température très basse de 40°, et que dans cet état, il avait la propriété de se mélanger avec un grand nombre de corps tel que : le cam-

phre, l'iodoforme, le naphtol camphré, l'aristol, etc.

En se refroidissant, le salol contenant ces substances se cristallise en prenant la forme des cavités ou des bases dans lesquelles il se trouve. Cette propriété nous a conduit à employer le salol iodoformé pour combler les cavités osseuses et traiter les lésions tuberculeuses osseuses.

17. — **De l'emploi du salol pour oblitérer les cavités osseusss.** Société de Chirurgie, 1895.

Dans un nouveau mémoire, nous avons, avec des observations nombreuses à l'appui, montré que ces blocs de salol iodoformé pouvaient rester dans les cavités osseuses et les oblitérer sans jouer le rôle de corps étranger. Cela nous a conduit à formuler un nouveau traitement des lésions osseuses qui permettent de traiter et d'obtenir la guérison de celles-ci beaucoup plus rapidement qu'on ne pouvait le faire jusqu'à présent.

18. — **Prolapsus utérin, pathogénie et traitsment** (Société de chirurgie).

Dans une longue communication à la Société de Chirurgie, reprenant les idées de Trélat, j'ai étudié les moyens de soutien de l'utérus; j'ai montré que celui-ci est surtout maintenu dans sa position normale par le muscle releveur de l'anus qui le maintient tant que sa tonicité musculaire existe. Mais cette tonicité musculaire peut être diminuée ou dé-

truite, soit par les actes physiologiques de la grossesse et de la parturition, soit par un état général lié à des troubles du système nerveux.

Dans ce cas, l'utérus n'étant plus soutenu se prolabe. Dans les prolapsus vrais de l'utérus, il faut donc non seulement refaire le plancher périnéal qui est un moyen de soutien, par la colpopérinéorrhaphie, mais encore, substituer au muscle releveur de l'anus un plan de résistance cicatriciel qu'on peut obtenir par l'hystérectomie.

19. — **Synovite à grains riziformes** (Société de Chirurgie).

Un des premiers j'ai montré par l'expérimentation sur les animaux, que la synovite à grains riziformes était de nature tuberculeuse ; et j'ai insisté sur ce fait, que dans le cas particulier, le plus souvent les examens microscopiques et les cultures étaient négatifs, et que la démonstration de la nature tuberculeuse de l'affection se faisait surtout par l'inoculation sur les animaux.

Communication sur le tétanos. Société de Chirurgie, 1888.

Cette communication a été faite à propos d'une observation, où j'avais trouvé le bacille de Nicolaier ; je l'avais inoculé, et réussis à développer le tétanos sur plusieurs animaux. Ces recherches étaient alors intéressantes, car elles venaient confirmer les travaux encore récents de Nicolaier ; et j'étais un des

premiers en France à faire l'étude du bacille tétanique sur l'homme.

Mémoire sur trois cas de pustule maligne, produits par la fabrication des baleines de corsets (en collaboration avec le Dr Gellé). *Archives de médecine*, 1884.

Dans ce mémoire nous faisions connaître un mode de contamination encore inconnu, et sur lequel il était important d'attirer l'attention. Les trois cas de pustule maligne provenaient d'une fabrique de baleines pour corsets, baleines faites avec la corne de buffles.

A propos de ces trois cas nous fîmes des recherches bactériologiques des inoculations, qui nous permirent, grâce au concours bienveillant de M. le professeur Cornil qui nous donna le résultat de ses examens histologiques, de mettre en lumière certains points intéressants de la marche de l'affection. Nous pûmes ainsi montrer, ainsi que l'avait déjà dit Davaine, que la bactérie charbonneuse d'abord localisée au niveau de la pustule, tend à s'éliminer par le poumon, les glandes de l'estomac, de l'intestin, le foie, le rein, à un moment on n'en trouve plus dans le sang ; toutefois celui-ci conserve encore sa toxicité, car avec ce sang dépourvu de bactéries charbonneuses, nous pûmes tuer des animaux.

Ces recherches étaient intéressantes à l'époque où elles ont paru. On ne connaissait pas encore les toxines qui depuis ont donné la raison de cette toxicité du sang ne contenant plus de microbes.

Contribution à l'étiologie de certaines périostites périosto-myélites, ostéo-myélites (*Archives de médecine*, 1885).

Dans un long mémoire paru dans les *Archives de médecine*, 1885, j'ai étudié avec le Dr Legendre, l'étiologie de certaines affections osseuses.

Nous avons montré que la diathèse rhumatismale jouait dans cette étiologie un grand rôle.

Dans ce travail nous avons consacré un chapitre au développement et à la nutrition de l'os normal, pour expliquer la marche et l'évolution des lésions pathologiques.

CHIRURGIE OPÉRATOIRE

Urétérectomie vaginale. Société de chirurgie, 1893.

Le premier, j'ai tenté avec succès l'ablation de tout un uretère purulent sur un homme qui avait en plus une hydronéphrose suppurée, que j'avais enlevée.

J'ai préconisé, pour faire cette opération, la voie sous-péritonéale.

Je fais l'incision du canal inguinal, et me servant du canal déférent comme guide, je vais chercher l'uretère dans la fosse iliaque en décollant tout le péritoine.

Dans ce travail, j'ai donné les repères anatomiques qui peuvent guider dans cette recherche.

Ce travail a fait le sujet de la thèse d'un de mes internes, M. le Dr Rousseau.

Traitement des culs difformes consécutifs aux fractures des os de la jambe à la partie inférieure.

J'ai conseillé dans ce cas l'ostéotomie des deux os pour les redresser.

Ces opérations sont devenues, avec l'antisepsie,

vulgaires. A l'époque où j'ai publié ce travail, j'étais un des premiers à en parler.

Hernie du poumon à travers l'éclatement complet d'un espace intercostal. Emphysème généralisé. Intervention. Guérison. Société de chirurgie, 1895.

C'était la première fois qu'on intervenait pour remédier à de pareils accidents. J'ai montré par cet exemple qu'en présence d'un emphysème se généralisant, consécutif à une fracture de côtes, il fallait ne plus s'abstenir, comme c'était la règle jusqu'alors, mais qu'on avait, grâce à l'antisepsie, le devoir d'aller rechercher la cause de l'emphysème, et en libérant le poumon embroché par un fragment de côte, de le faire cesser.

Du pied bot paralytique. Son traitement. Société de Médecine et Chirurgie pratique, 1896.

Dans cette communication j'ai signalé les troubles de nutrition, troubles trophiques portant sur tous les tissus, et en particulier sur les os, qui distinguent le pied bot paralytique du pied bot congénital. Les os sont en effet dans ce cas non seulement déformés, mais friables, graisseux.

J'ai étudié ensuite les différentes opérations qu'on peut opposer à cette infirmité arthrodèse, astragalectomie, taisectomie, et essayé de montrer qu'elles étaient leurs indications.

CHIRURGIE ABDOMINALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Péritonite survenue trois jours après une laparatomie guérie par la réouverture du ventre et le lavage antiseptique. Congrès de chirurgie, 1893.

Je montrais par cette observation qu'en présence d'accidents péritonéaux, on pouvait, en refaisant un lavage antiseptique, suivi de drainage, arrêter les accidents.

Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. Congrès de chirurgie, 1893.

Dans ce travail, un des premiers, j'ai préconisé pour les tumeurs fibreusès ne s'élevant pas jusqu'à l'ombilic, la voie vaginale comme la méthode de choix.

Hémstocèle péri-utérine.

Dans plusieurs communications faites à la Société de médecine et de chirurgie (1893), au Congrès de chirurgie (1895), à la Société de chirurgie (1895), j'ai préconisé pour le traitement de l'hématocèle péri-

utérine non suppurée, la laparotomie comme traitement de choix, montrant que c'était la seule voie par laquelle on pouvait reconnaître la cause de l'hémorrhagie et y remédier.

Des pseudo-kystes du ligament large (*Semaine gynécologique*, 1896).

Dans ce travail, j'ai montré qu'un certain nombre de kystes qu'on regardait comme appartenant au ligament large, n'étaient qu'accolés à sa face postérieure. Cette constatation avait son importance pour le mode d'ablation de ces kystes.

Traitement des perforations rectales survenant au cours des laparatomies pour suppurations des annexes. Comptes-rendus du Congrès de Rome, 1894.

J'ai montré qu'en présence d'un pareil accident, la meilleure conduite à tenir était de ne pas chercher à fermer la perforation, et d'établir un drainage large par la voie vaginale. Par cette voie une éponge placée sur la perforation l'obture pendant 48 heures. Quand on l'enlève, des adhérences sont faites, qui protègent le reste de la cavité abdominale ; il s'établit un anus recto-vaginal, qui se ferme de lui-même.

Deux succès confirment cette manière de faire.

Curetage de l'utérus: Comparaison avec les cautérisations de chlorure de zinc. Société de chirurgie, 1889.

Dans cette communication je montrais les dangers de l'atrésie du col, consécutive à ces cautérisations.

Kyste hydatique suppuré du foie. Ouvert dans le péritoine. Laparotomie. Guérison. Congrès de Chirurgie, 1894.

Je montrais par cette observation les dangers des ponctions des kystes hydatiques du foie. L'orifice de la ponction peut ne pas se refermer et si le liquide contenu dans le kyste est septique, il peut en résulter comme dans le cas que je citais une péritonite, que je fus heureux de guérir par la laparotomie.

Des ruptures spontanées des voies biliaires. Congrès de Rome, 1894.

En présence de ces accidents, dont j'étudiais la symptomatologie, je préconisais la laparotomie précoce, et citais un succès personnel à l'appui de cette manière de faire.

Du danger de la ligature à la soie dans les épiploïtes enflammées. Accidents consécutifs. Thérapeutique. Congrès de Chirurgie, 1895.

Dans cette communication j'insistais sur ce fait souvent méconnu, qu'il ne suffit pas de placer des

fils de ligature aseptiques, pour être à l'abri d'accidents ; il faut encore que le milieu, où on les place, soit aseptique. Autrement ces fils, si ce sont des fils de soie, s'infectent, et donnent lieu dans ce cas particulier à des abcès épiploïques dont le traitement présente certaines difficultés. Il est donc préférable de se servir de fils de catgut résorbables, qui vous exposeront moins à pareils accidents. Je citais deux observations d'abcès épiploïques où j'étais intervenu avec succès.

Epilepsie Jacksonnienne produite par un gliome siégeant dans la substance corticale à l'extrémité inférieure du sillon prérolandique. Ablation du gl'ome. Guérison. Congrès de Chirurgie, 1891.

OBSERVATIONS ET COMMUNICATIONS DIVERSES

Atrophie du cervelet. Société anatomique, 1879.

Cette observation était intéressante au point de vue physiologique, car la malade, à l'autopsie de laquelle on avait trouvé cette atrophie, n'avait présenté pendant sa vie qu'un très léger degré de titubation dans la marche.

Hernie ombilicale opérée d'après la méthode de Lister. Considération sur la mort arrivée par parésie intestinale. Société anatomique, 1877.

Mort par ulcération de l'artère vertébrale dans un mal de Pott eons-occipital. Société anatomique, 1879.

Mal de Pott. Paraplégie incomplète et passagère. Pachy-méningite externe. Société anatomique, 1879.

Rétrécissement de l'urèthre. Pyélo-néphrite.

Disparition presque complète de la cavité vésicale par épaississement des parois dû à la cystite interstitielle.

Ce cas de cystite interstitielle arrivée à ce degré

est très rare. J'en ai fait une étude plus complète dans les *Archives de médecine*, 1879.

Anévrysme du tronc basilaire. Société Anatomique 1879.

Observation de goître traité par la teinture d'iode avec amélioration. *Archives du larynx*, 1878.

Observation de périostite externe. *Archives de médecine*, 1880.

Myosite syphilitique. *Archives de médecine*, 1879.

Pneumonie infect'euse. Observation publiée société de médecine et chirurgie pratique, 1896.

Conférence sur l'asepsie.

Dans cette conférence, après avoir fait l'historique de l'antiscpsie, j'ai insisté sur la nécessité de s'occuper encore plus de l'asepsie que de l'antisepsie qui, jusqu'à un certain point, est illusoire ; car les antiseptiques assez puissants pour détruire les microbes, détruisent également les cellules humaines. On ne peut donc faire qu'une antisepsie relative. A l'époque où cette conférence a été faite, ces idées étaient neuves, car beaucoup croyaient encore uniquement à l'antisepsie.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

CANULE POUR LA GASTROTOMIE

Cette canule, qui est destinée à maintenir les fistules gastriques, est plus facile à entrer et à se placer que les canules jusque-là employées.

DILATATEUR ANAL

Ce dilatateur est une modification du dilatateur de Menière. Il a pour but de dilater uniformément sur toute sa circonférence, l'anus.

PINCES POUR HYSTÉRECTOME VAGINAL

Ces pinces ont une fermeture spéciale permettant de les enlever facilement.

GRANDS ECARDEURS ABDOMINAUX

Imprimerie des Écoles, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.